

Тақырыбы:

Балалардағы жедел аппендицит

Ж М-801

Орындаған: Абдусселама К.

Қабылдаған: Турметов И.

Жедел аппендицит.

Аппендицит ауруы деп соқыр ішектің құрт тәрізді өсіндісінің жедел қабынуын айтамыз. «Аппендицит» деген терминді алғаш рет (1886) американ хирургі Фитс ұсынды. Халық арасында аппендицит жеңіл ауру деген түсінік қалыптасқан. Бірақ шын мәнінде бұл аурудың клиникалық белгілері сан алуан. Бала организмнің органикалық ерекшеліктеріне байланысты аппендицит ауруының өту барысы ересектерден өзгеше.

Балаларға жасалатын төтенше операциялардың 75% аппендицит себебінен. Аппендицит ауруы жаңа туған нәрестелерде 1000 балаға шаққанда 6–7-еуінде кездеседі. Жыл сайын бұрынғы СССР көлемінде өткізілген 1,5 млн аппендэктомия жасалынып, оның 0,2 – 0,4% өліммен аяқталып жатыр. Өлім әсіресе 3 жасқа дейінгі балаларда көп. Себебі аппендицит диагнозын жас балаларға дұрыс қою өте қиын мәселе.

Совет елінде балаларға аппендицит диагнозымен операцияны тұңғыш рет 1888 жылы К.М. Домбровский жасады.

Аппендицит ауруын хирургиялық жолмен емдеу, оның негізгі принциптерін тәжірибеде кеңінен қолданған балалар хирургиясының негізін қалаушылардың бірі дарынды орыс ғалымы Т.П. Краснобаев болды.

Ғалымдар соқыр ішектің қабынуын организм қызметінің бұзылуынан деп есептейді. Әр түрлі әсерлерден соқыр ішектің құрт тәрізді өсіндісіне келетін тамырлар қысылып, қан айналысы бұзылады. Соқыр ішектің кілегей қабатында жара пайда болады да, бірте – бірте іріңге толып, серозды және ет қабаттарын тесіп шығады. Жедел аппендицит барлық жас топтарында кездеседі және балаларда жиі тараған хирургиялық аурулардың бірі болып есептеледі. Ұлдар қыздарға қарағанда жиі ауырады

MedicalPlanet.su

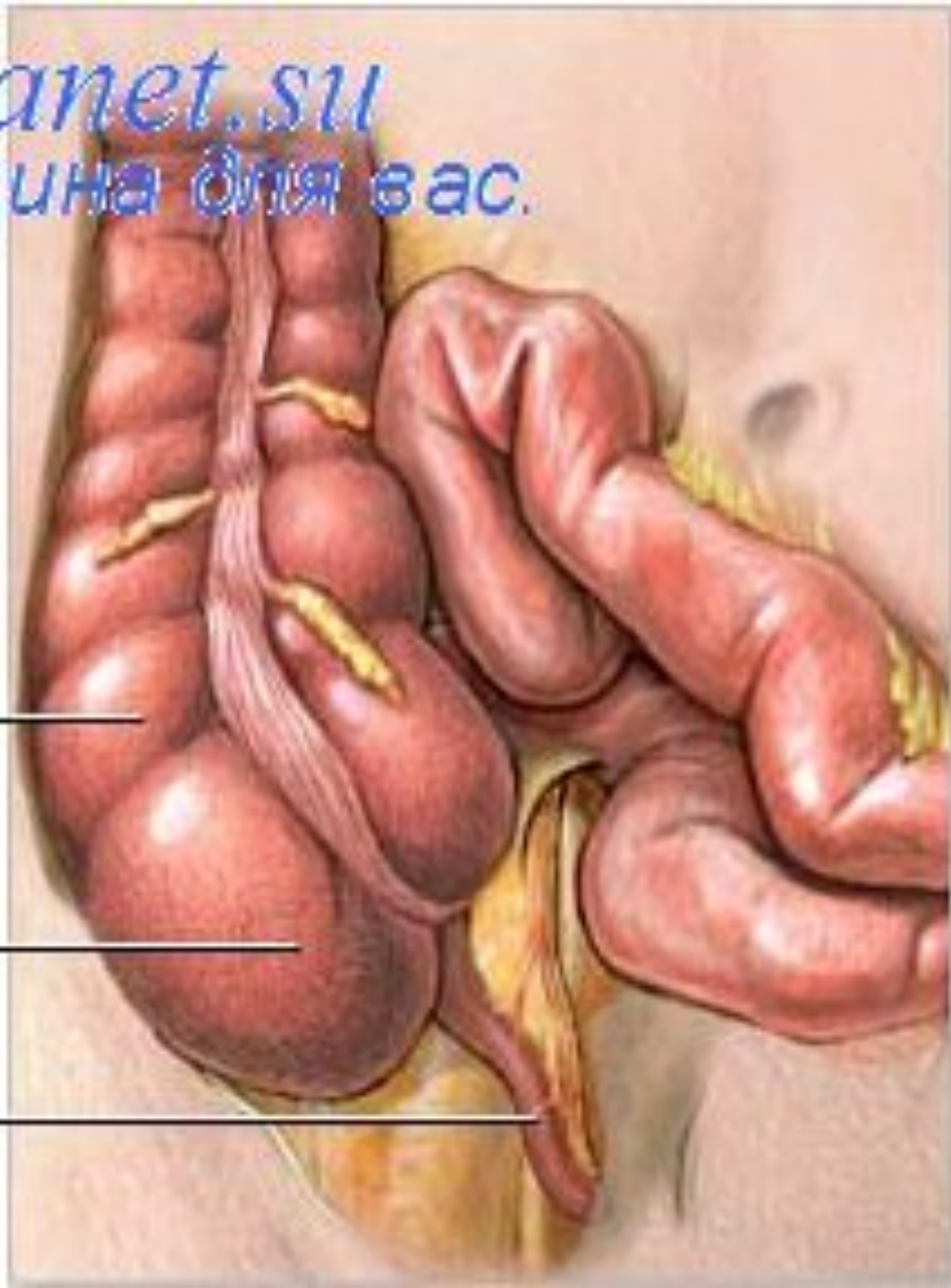
— медицина для вас.



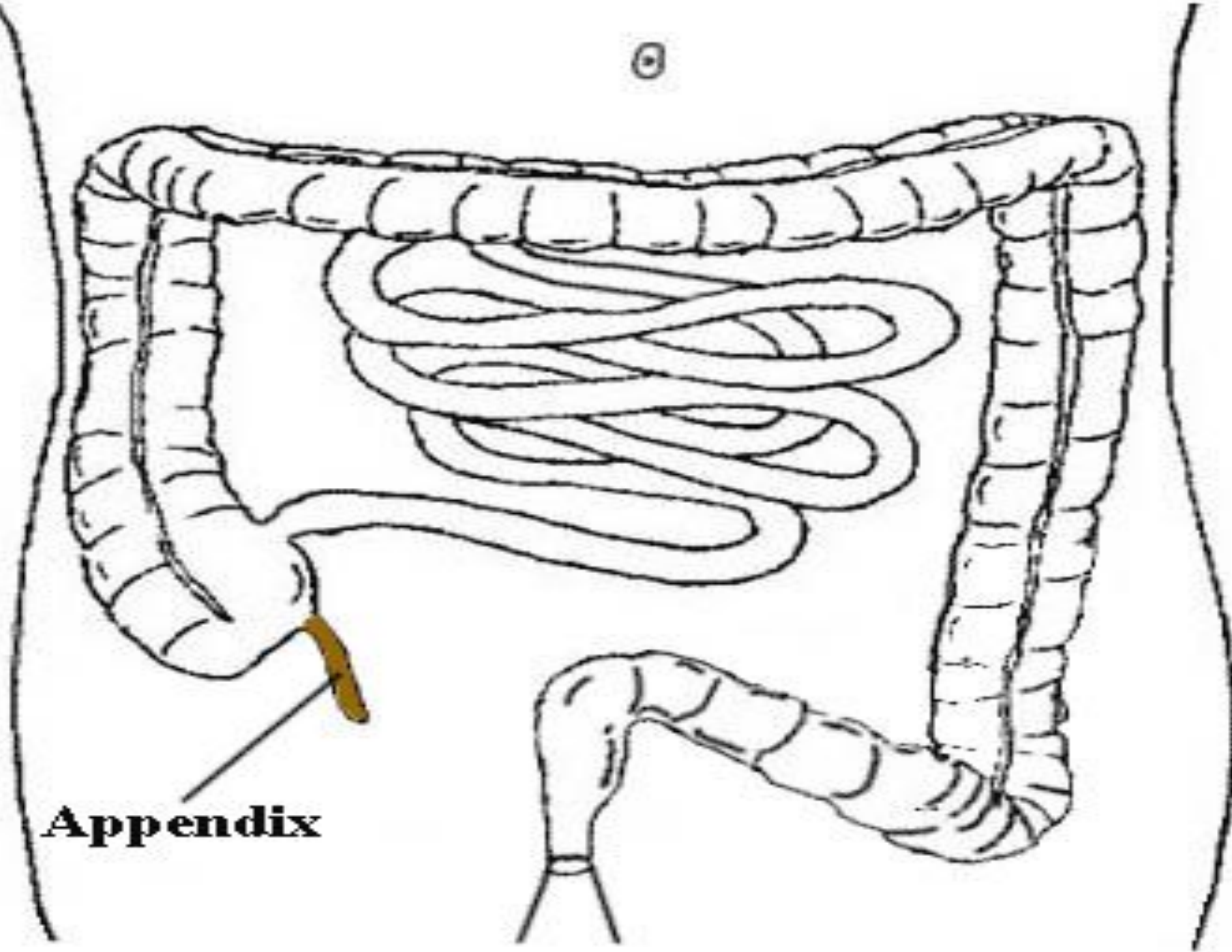
Large intestine

Cecum

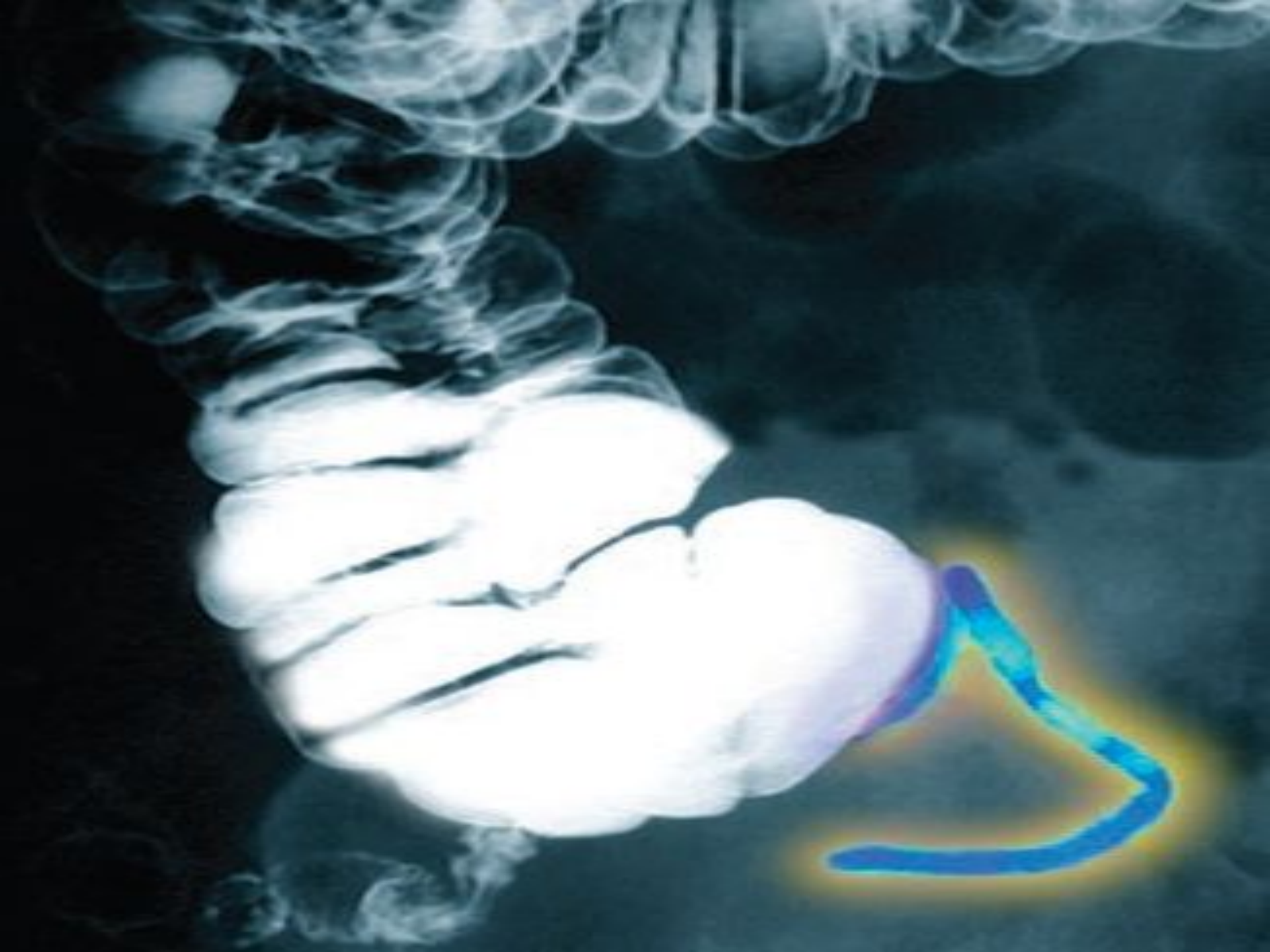
Appendix



6



Appendix



Жедел аппендициттың құрт тәрізді өсіндісінің морфологиялық өзгерістеріне негізделген бірнеше жіктеулер бар. Ең тиімді болып саналатын Шпрингель жіктемесі бойынша: қарапайым (катаральді, созылмалы) және деструктивті (флегмонозды, гангренозды, гангренозды-тесілген) аппендицитті ажыратады. Деструктивті түрлері көбінесе өсінді қабырғасының тесілуі және басқа да асқынуларға әкелуі мүмкін (аппендикулярлы перитонит, абцесс, инфильтрат). Жедел аппендициттің морфологиялық түрлері клиникалық көрінісіне үнемі сай келе бермейді, сондықтан оларды амбулаториялы жағдайда ажыратудың тәжірибелік мәні жоқ. Жедел аппендицитті болжай отырып хирург операция кезінде өсінді қабырғасындағы дәрекі бұзылыстарды анықтайды немесе керісінше құрт тәрізді өсіндінің өзгеруі болмағандығын шешеді..



The early inflammatory changes progress to suppuration and gangrene. In the normal individual, inflammatory products on the surface of the appendix cause adjacent omentum, mesentery and loops of bowel to adhere to the appendix and wall it off.

These adherent structures constitute the mass that is sometimes felt. If perforation occurs, it may form an abscess if the walling off process is complete.

www.vesalius.com



www.vesalius.com

If free perforation occurs, peritoneal soilage raises the risk of later intra-abdominal abscess formation.

Жаңа туған балалардың соқыр ішегі ұзын, әрі кеңдеу болады. Соқыр ішектің ет қабаттары біркелкі болмайды, әсіресе оның айналмалы ет қабаттары бастау, ұзыннан бойлай орналасқан ет қабаты нәзік болады. Соқыр ішектің безді тканьдер (лимфоид) клеткаларының жетілуі де әсер етеді. Яғни, неғұрлым лимфоид тканьдерінің клеткалары көп болса, қабыну процесі де соғұрлым тезірек жүруі ықтимал. Сондықтан жасы 1 жасқа дейінгі нәрестелерде аппендицит ауыруының өте аз кездесетіні белгілі болды.

Ендігі бір айта кететін анатомиялық ерекшелік-ол ащы ішекпен бүйен ішектің бір – біріне қосылатын жеріне, **баугін** қақпақшасына байланысты. Осы қақпақша бүйен ішектегі нәжісті ащы ішекке жібермей ұстап тұрады. Ал жас балаларда бұл қақпақша өзінің қызметін толық атқармай, нәжістің ащы ішекке түсуі жиі кездеседі де ауру, қабыну процессі басталады. Осының әсерінен бекерден бекер операция жасалыну мүмкін.

Анатомиялық ерекшеліктерге балалардағы іштің шарбы майының нашар дамуыда жатады. Шарбы май өзінің ***қорғаныс*** қызметін дұрыс атқара алмауыда мүмкін, әсіресе 6-7 жасқа дейінгі балаларда. Балалардың ішек айналу процессі балаларда дұрыс аяқталмайтыны айқын. Бүйен ішек-бауыр астында, кейде сол жақ бүйірде, жамбас қуысында жатуы мүмкін.

Клиникалық көрінісі.

Жедел аппендициттың өзгермелі клиникалық көрінісі екі топ белгілер арқылы ажыратылады. Біріншісі ата – анасының, науқастың шағымдарынан жиналса, ал екіншісі объективті зерттеу нәтижелерінен құралады. Іштегі ауру ұстамасының пайда болу себебінен, жалпы жағдайының өзгеруіне байланысты бала дәрігерге көрінеді. Анамнезде ұстама алдында шаршау және ішек қызметінің бұзылысы болуы мүмкін (іштің қатуы немесе іш отуы). Ауру сезімі жиі кіндік аймағында және оң жақ қабырға асты мықын аймағынан басталып, іштің барлық бөлімдеріне тарайды. Аурудың басында ауру сезімі тұрақты, іш сыздайды, бірақ кейде ішек перистальтикасының күшейуіне байланысты ұстама тәрізденеді. Бастапқы кезде ауру сезімі мүлдем жойылмайды, соған байланысты науқас түнде ұқықтамайды және қасындағыларды ұйықтатпайды. Ата-аналары зер салатын болса аппендицит ұстамасына тән баланың қалпын байқайды. Науқас ауру сезімін төмендететін қалыпты жағдайды таңдап, оны сақтауға тырысады. Жиі аяқтарын шамалы бүгіп оң жағымен жатады.



Сол жағымен өте сирек жатады, өйткені қабынған өсінді ығысқанда және салбырап тұрғанда ауырғандық сезім күшейеді. Ауру сезімінің ең қарқындылығы аурудың алғашқы сағатында, ал кейіннен құрт тәрізді өсіндінің нервтік аппараты бұзылып ауырғандық сезім азаяды. Ауруды анықтау кезінде қателеспей үшін келе-келе ауырғандық сезімінің азайғандығын хирург ешқашан ұмытпауы керек.

Ауырғандық сезімімен қатар бірнеше уақыт өткеннен кейін балада рефлекторлы құсу, жүрек айнудың бар екендігі анықталады. Құсық алғашқыда қабылдаған тамақтан тұрады және құрамында ешқашан өт сұйықтығы болмайды. Әдетте құсу тек бір реттік. Өт аралас, жиі құсу аурудың соңғы кезеңінде, перитонитпен асқынғанға тән.

Аппендицит ұстамасы кезінде дене қызуы $37,5\Theta - 38\Theta$ -қа дейін көтеріледі. Асқынған деструктивті түрінде дене қызуы оданда жоғарылайды.

Объективті тексеру.

Баланы объективті қараған кезде жалпы және жергілікті белгілер анықталады. Науқастың жалпы қалін бағалаған кезде ешқашан оның қал-жағдайына сүйенуге болмайды. Аурудың бастапқы кезеңінде науқастың қалы көп өзгермегенмен көптеген балалар дене сұйықтығын жоғалтады, төсекке жатуды сұранады. Қараған кезде, ішті зерттемей жатып-ақ баланың қиналған көзқарасын байқауға болады. Тілі шамалы ақ жабындымен жабылған, алғашқыда ылғалды, бірақ қабыну процесіне іш пердесі қосылғаннан соң ауыз қуысы құрғай бастайды. Тамыр соғуы ырғақты, толуы жақсы. Тамыр соғуы мен дене қызуының сәйкес келмеуі анықталады (қайшылық). Ескере кететіні, аз ғана тахикардияның анықталуы эмоциональді жағдаймен де байланысты.

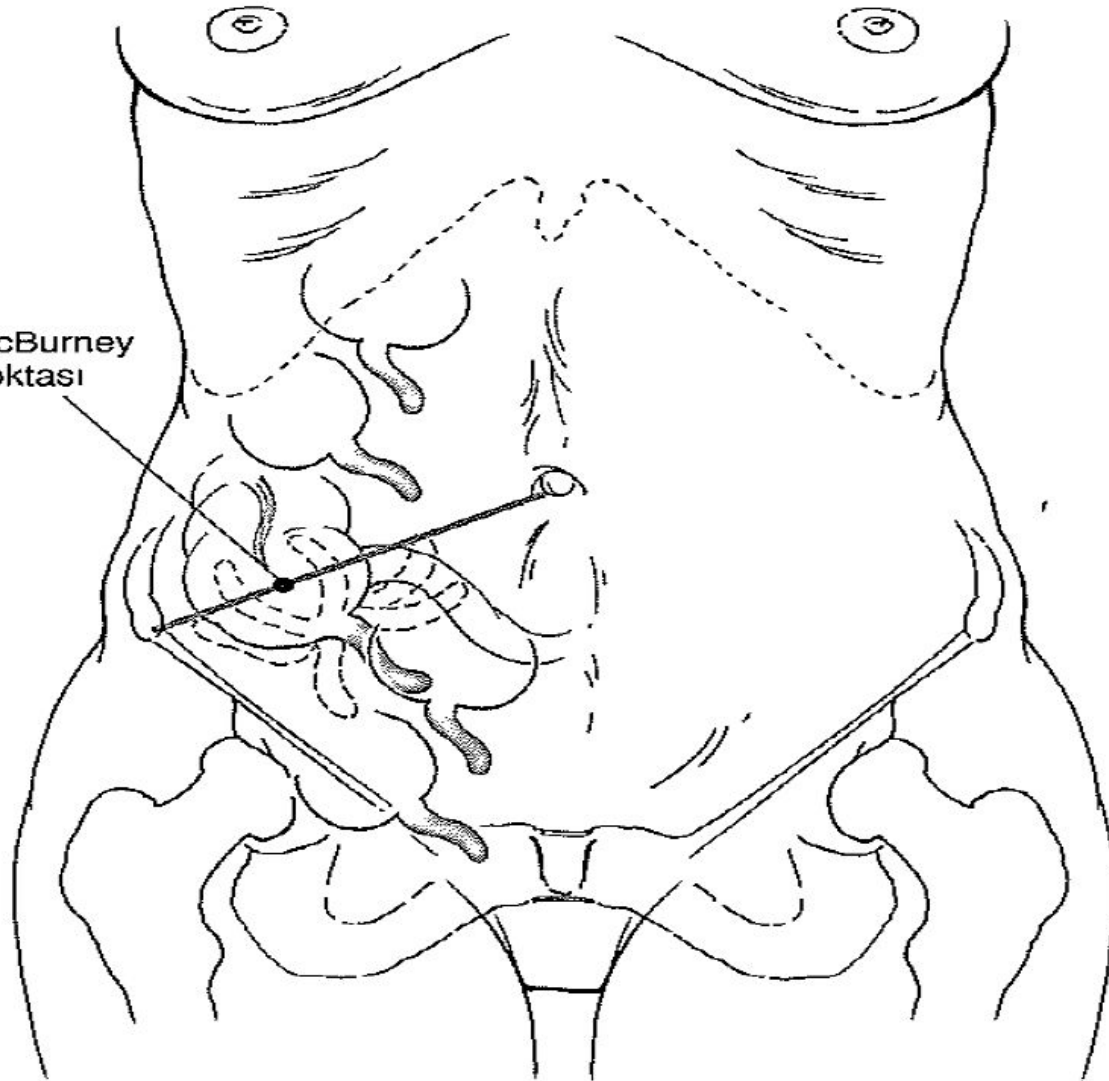
Аппендицит кезінде қан анализінде лейкоцит құрамының жоғарылауы лейкоцитарлы формуланың солға қарай ығысуы сияқты өзгерістер кездеседі. Кейде лейкоциттердің саны қалыпты. Лейкоцитарлы формуланың сол жақа ығысуы аппендициттің деструктивті түріне тән. Лейкоциттердің саны қалыпты болса да оның формуласының ығысуы ауыр интоксикацияның барлығын мәлімдейді.

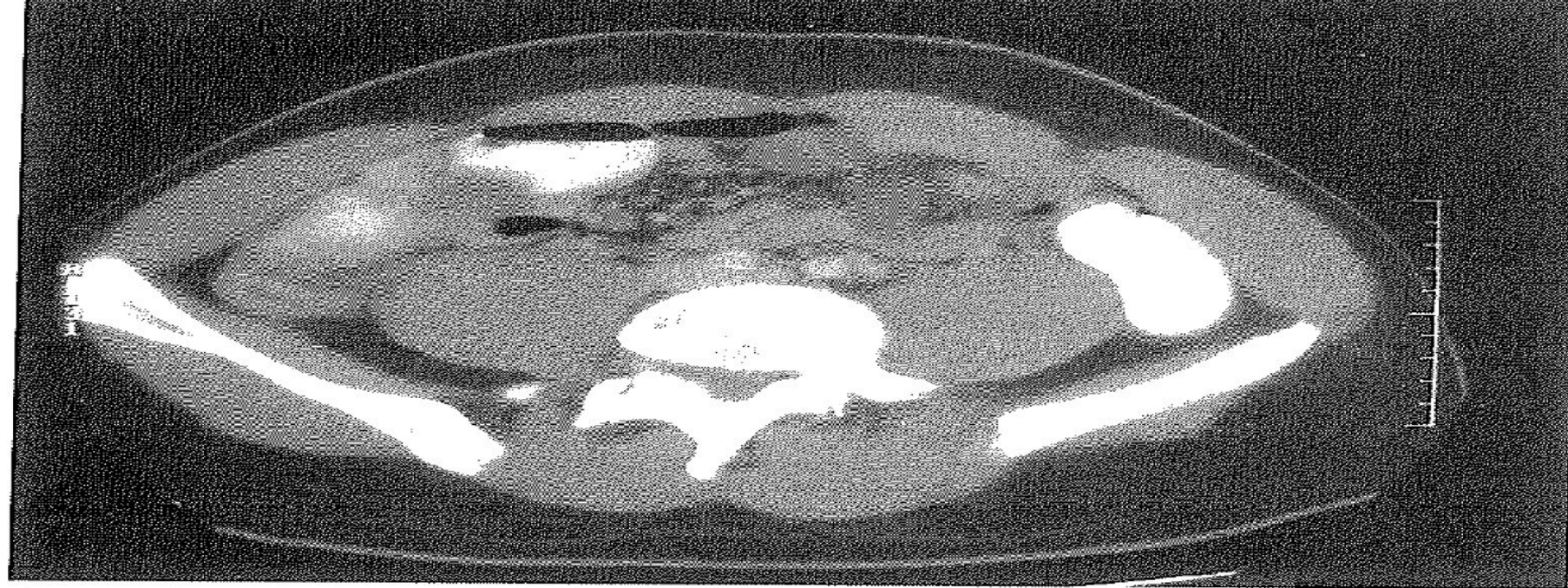
Жасы кішкене және қорқақ науқастарды зерттеу кезінде мәні зор жергілікті белгі-іш бұлшық еттерінің тұрақты қатаюы, висцеромоторлы қорғаныс рефлексі. Құрсақ қабырғасын аздап басқан кезде, дәрігер саусағы сезетін бұлшық еттердің қатаю дәрежесі бірдей емес, бір жағдайда ол жеңіл түрдегі қарсылық, ал екінші жағдайда қатты қатаю ретінде болады (тақтай тәрізді іш). Балаларда қорғаныс белгісі деп саналатын бұлшық еттің қатаюын анықтау үшін үлкен тәжірибелік дағдылық қажет. Ең алдымен зерттеу нәзік түрде өткізілуі, дәрігердің алақаны жылы болуы шарт. Зерттеуді жеңіл сипалаудан бастайды, сол жақ мықын аймағынан, кейіннен сол жақ қабырға астына қарай жылжытып, оң жақ қабырға астына өтеді.

Бала дәрігерге үйренген соң және қорқу сезімі жойылып, назары басқа жаққа ауғанда, ең соңында оң жақ мықын аймағына пальпация жасалыналы.

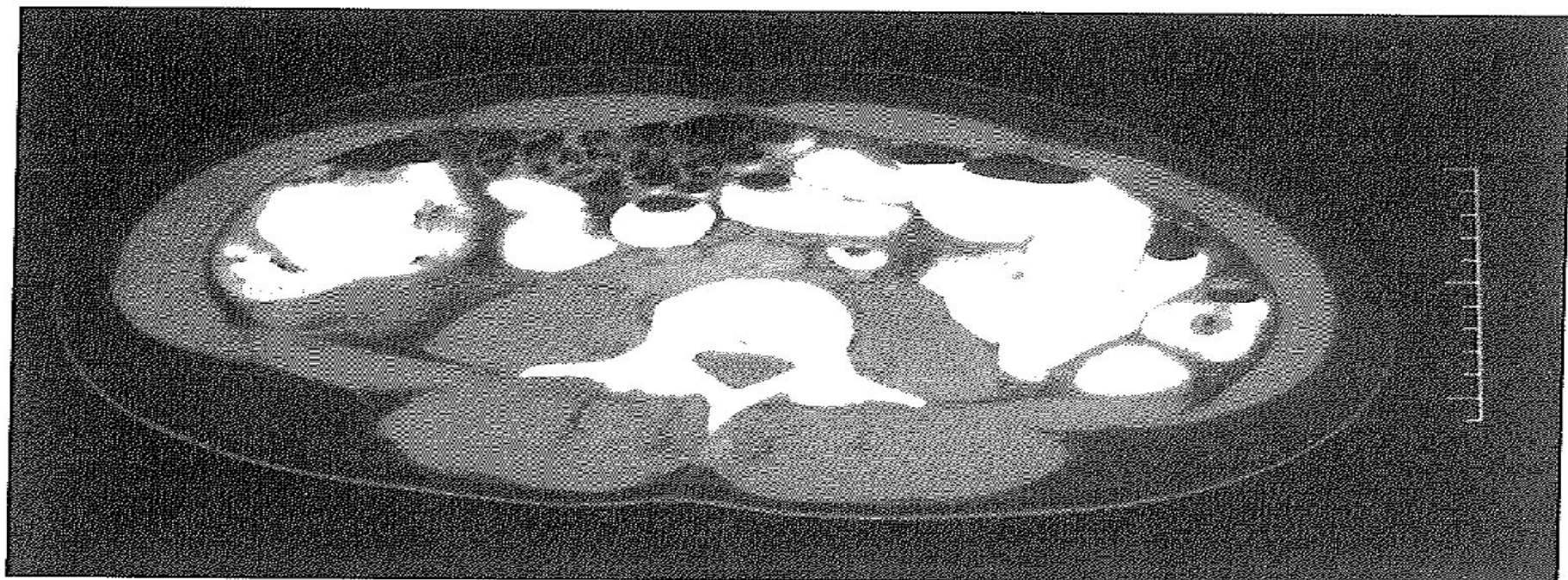
Нақты мәлімет алу үшін құрсақ қуысының оң жағымен сол жағын салыстырмалы бірнеше рет басып кқреді. Бұлшық еттің қатаю мөлшері туралы білу үшін бір қолды оң жақ мықын аймағына, ал екінші қолды сол жаққа орналастырып, кезектестіріп басады. Рефлекторлы бұлшық ет қатаюын активті түрден айыру керек, себебі балалар дәрігері ауырсыну әкеледі деген оймен ішті уақытша қатайтады. Науқастың назарын бір сәт аударғанда іштің активті қатаюы жойылады, ал рефлекторлы қатаю сақталады. Жылы қоздырғыш (грелка) немесе ванна ауруды басатын заттарды қолданғаннан кейін бұлшық еттің қатаюының әлсірейтіндігін ескеру керек.

McBurney
noktası





A



B



Ауырғандық сезімін тудыру аппендициттың құнды және тұрақты белгісі. Оны саусақпен басу немесе қабыну ошағын "сілку" нәтижесінде анықтайды. Кішкентай және жатырқайтын науқас балаларда бұл белгі әркезде де нақты емес. Пальпация жасау кезінде оң жақ мықын аймағында жергілікті және қарқындылығы әртүрлі ауырғандық сезімі пайда болады. Бұл белгі әрдайым оң жақ мықын аймағында анықталмайды: құрт тәрізді өсінді ретроцекальді немесе жамбаста орналасса белгінің орналасуы да сол жерге сәйкес болады. Ауырғандық сезімін құрт тәрізді өсіндіні "сілку" арқылы шақыруға болады. Қатты ауратын жерді баяу және терең, екі үш саусақпен басады, ал кейіннен қолды тез арада көтеріп алады. Науқас осы кезде қатты ауырсынудың пайда болғандығын шағымданады. (Щеткин-Блюмберг белгісі). Щеткин-Блюмберг белгісінің болуы қабыну процесіне іш перденің қосылғанын білдіреді. Бала жас болған сайын бұл белгінің құндылығы азаяды.

Кішкентай балаларда оның анықталуы мүлдем қиын. Жоғарыда аталған белгілер анық болғанда жедел аппендицит диагнозы күдік туыдырмайды. Бірақ, бірқатар шарттарға байланысты аурудың ағымында өзгешеліктері болады, өйткені белгілердің көрінуіне баланың жасы, кеселдің ұзақтығы, құрт тәрізді өсіндінің анатомиялық орналасуы әсер етеді. Құрт тәрізді өсіндінің құрсақ қуысында анатомиялық орналасуының бірнеше түрі бар. Ең маңыздылары төменде және ретроцекальді орналасады.

1. Төмен орналасқанда (жамбастық түрі) өсінді мықын шұңқырынан төмен және медиальді жаққа, кіші жамбас кіреберісінде болады. Балаларда қуық жоғары орналасатын болғандықтан өсінді оған жақын келеді. Жамбас қуысында орналасқан өсінді кезінде аурудың клиникасы қабынған өсіндіге жақын орналасқан мүшелердің тітіркенуі белгілерімен жүреді. Егер қабыну процесіне қуық қосылса, бала несеп бөлудің ауырсынуына шағымданады. Егер қабыну ошағы тоқ ішектің төменгі бөлімінде орналасатын болса баланың іші өтіп, ауырсынуы шат үсті аймағына жақын орналасады. Бұлшық еттің қатаюы болмайды. Ректальді саусақпен зерттеу кезінде қатты ауырсынуыда анықталады.

2. Өсіндінің ретроцекальді орналасуы кезінде, өсінді соқыр ішектің артында, жоғары қарай бұралып, соқыр ішек пен артқы құрсақ қабырғасының арасына жабысады. Ретроцекальді аппендициттің ерекшелігіне ауырғандық сезімінің бел аймағына, санға, жыныс мүшелеріне берілуі жатады. Пальпация жасау кезінде аурғандық сезімі мен бұлшық еттердің қорғанып қатаюы қабырға астына жақын немесе бел аймағында болады. Оң жақ мықын аймағында жайылмалы ауырсыну анықталады. Кейде өсінді іш перде артында (ретроперитониальды) орналасады. Бауырдың көлемі үлкен болса және бүйрек төмен орналасса балаларда өсінді осы мүшелерге жанасады. Бұл кезеңде қабыну бүйрек астаушаларымен тостағаншаларына және несеппағарға беріліп,

Пастернацкий белгісі оң болып, зәрдің құрамы өзгереді. Кіші жастағы балаларда (өмірдің алғашқы 3-4 жасы) үлкен балалармен салыстырғанда жедел аппендицитпен ауыру -10 есе сирек. Сондықтан науқас қаралуға келгенде тәжірибесі аз дәрігерлер оның көріністерін жақсы білмегендіктен, ең алдымен "педиатриялық" аурулар туралы ойлайды. Оған себеп ата-анасы берген анамнездік мәліметтер нақты емес. Кішкене бала ауыруды өз бетінше түсіндіріп, орналасқан жерін көрсете алмайды. Көп жағдайда ауру ұстама тәрізді сипатта, соған байланысты ауру кенеттен басталады деген пікір қалыптасады. Өйткені кішкене балаларда аурудың бастапқы кезіңінде жалпы көріністер жергілікті көріністерден басым. Сондықтан үлкен балалармен салыстырғанда

кішкене балаларда аппендицит жиі құсумен, іш өтумен, дене қызуының жоғарылауымен, қызбамен өтеді. Аталған көріністер көптеген инфекциялық аурулардың симптомы болатындықтан, жергілікті негізгі белгілерді анықтаудың маңыздылығы өте үлкен екендігі түсінікті.

Ішті сипап көруді бала анасының қолында тұрғанда бастаған жөн. Ол кезде науқас аса мазасызданбайды, сондықтан бұлшық еттің қатаюын және аурудың орналасқан жерін анықтауға мүмкіндік бар. Дәрігер баланың келбетіне, жалпы жағдайына назар аударуы керек. Егер жедел аппендицит болса іштің сол жағын пальпация жасап оң жаққа ауысқанда, баланың келбетінде ауырсыну сезімі пайда болады және ол қолды итереді. Іштің пальпациясын жасатпайтын балаларды ұйықтаған кезде қараған дұрыс. Ұйықтап жатқан науқаста бұлшық ет қатаюы мен ауырсынуы сезімі жедел аппендицит кезінде сақталады.

Асқынулары.

Кесел басталғаннан бастап баланы дәрігерге көрсеткенге дейін уақыт өтіп кетсе аппендициттің асқынуы мүмкін. Бұл кезде клиникалық көрінісінде қандай да бір асқынудың белгілері көрінеді. Жиі перитонит кездеседі, яғни жалпы көрінісінде шектердің кебуі, барлық құрсақ қуысы қабырғаларының қатаюы. Щеткин-Блюмберг белгісінің айқын болуы, іштің жайылмалы ауруы тән.

Кейде қабыну процесі құрсақ қуысында шектеліп, құрт тәрізді өсінді орналасқан жерде аппеникулярлы инфильтрат түзіледі (оң жақ мықын аймағында 3-5 күнінде анықталады және алғашқыда жұмсақ консистенциялы, шекарасы анық емес, ауырсынатын түзіліс ретінде білінде. Одан кейінгі кезеңде инфильтрат тығызданып, оның шекаралық анық анықталады.

Егер мықын ойығында көлемі кішкентай тығыздалған түзіліс сезілсе, оның негізгі бөлімінің кіші жамбас қуысында орналасатындығы туралы ойлау керек. Ол тік ішекті саусақпен зерттегенде дәлелденеді. Ретроцекальді орналасатын инфилтраттың анықталуы қиын.

Инфилтрат балаларда жоғары температурамен , іш пердесінің тітіркенуі белгілерімен жүреді. Қан анализінде ЭТЖ жоғарылаған және лейкоцитоз. Инфилтраттың жайылып іріңдеуі құрсақ қуысының іріңдеуіне алып келеді. Іріңдеу іштің қатты ауыруымен , гектикалық жоғары температурамен , іш пердесінің тітіркену белгілерімен , ішектердің жартылай немесе толық өткізбеушілігімен қосарланады. Пальпация жасау кезінде іште ауырсынатын ісінуді , терінің қызаруын , флюктуацияны анықтайды.

жөделі ангинадың іріңді өту сарылы салаларда, өзгеше жас нәрестелерде өте ауырлығымен белгілі. Организмнің анатомо-физиологиялық ерекшеліктеріне байланысты ауру тез дамиды. Іріңді инфекцияға бала организмнің қарсыластығы төмен болғандықтан қабыну процесі құрт тәріздес өсіндіден көрші мүшелер мен тіндерге оңай таралады. Шажырқайдың анатомиялық және функциональді жетілмеуі, іш пердесінің пластикалық қасиеттерінің төмен болуы, инфекция ошағына тосқауыл құрып құрсақ қуысын шектей алмайды. Соқыр ішек шажырқайының ұзын болуы, іш пердесіне іріңнің таралуына әкелетін қосымша фактор болып есептеледі. Ұстама басталғаннан кейін бірнеше сағат ішінде құрт тәрізді өсінді тесіледі. Дәрігер дер кезінде қаралмау немесе кеш анықталуы салдарынан іріңді перитониттен қайтыс болатын науқастардың сан көбірек.

Жедел аппендицитті анықтау кейде күрделі қиындықтар тудырады. Анамнез жинаған кезде ата-аналары диета бұзылысын, "тұрмау" және тағы басқаларды айтып, дәрігердің ойын дұрыс жолға бағыттамауы мүмкін. Анамнезді дұрыс жинау ғана емес, сонымен қатар оны бағалаудың да маңызы үлкен. Жедел аппендицитті анықтаудың негізгі науқасты жан-жақты қарау. Науқасты қараудың алдын да – ол қарсыласпауы үшін баламен жалпы мейірімді қарым-қатынас орнату көңілін аулау керек. Болмаса бағалы және шешуші белгілер анықталмай қалады. Зерттеуді дәрігер зорлаусыз, нәзік жүргізуі қажет. Аппендицит кезінде ең алдымен анықтауға қажетті, тұрақты белгілер бар. Оған ауырғандық сезімі және құрсақ қабырғысы бұлшық етінің қатаюы жатады. Басқа белгілерді (құсу, қан жағынан өзгерістер, тілдің өзгеруі, дене қызуы,

температура мен пульс қатнасының өзгеруі) бағалағанда науқастың жасын, ауырудың ұзақтығын, бастан өткен және қосымша ауруларды ескеру қажет. Жедел аппендицитті танып-білу қиындығы, бала жасындағы көптеген аурулар бастапқыда жедел аппендициттің клиникасы тәрізді өтетіндігімен түсіндіріледі. Жедел аппендицитті пневмониядан, ревматизмнен, жедел инфекциялармен және асқазан-ішек ауруларынан, бүйрек ұстамасынан, геморрагиялық капилляротоксикоздан, холециститтен, панкреатиттен, асқазан жарасынан, асқынған киста және құрсақ қуысының ісігі сияқты басқа да сирек аурулардан ажырату керек.

ЕМДЕУ ЖОЛДАРЫ:

Соқыр ішек асқынуы – перитонитпен ауруды емдеу үлкен мәселе. Бала организiмiн толық уланып, жүрек қызметiнiң әлсiреп, құса-құса эксикоз бен токсикоздың айқын белгiлерi бiлiнiп, температурасы өте жоғарылап, бауыр мен бүйрек қызметiнiң нашарлап, бала өмiрiне анық қатер төнген кезде баланы бiрден операциялық жолмен емдеу өте қауiптi екендiгiн ескеруiмiз керек. Ол үшiн операция алдындағы 2-4 сағатқа созылған алғашқы дайындық жүргiзiледi. Оның негiзгi принциптерi мына төмендегiше.

1. Дененiң ыстығын басу үшiн дәрi қолданылады (аналгин, амидопирин).
2. Жүрек қызметiн жаңарту үшiн жүрек гликозидтерiн (корнюкон, строфантин) қант ертiндiсiмен қосып егедi.

3. Денедегі улы заттар өсерінен зат алмасу процессі бұзылмауы үшін кокарбоксилоза, АТФ, түрлі витаминдер «С», «В1 – В6», тағы да денедегі қышқылдарды азайтатын сода ертіндісін (4%) денеге тамыр арқылы жібереді.

4. Асқазанды тазалау, құсықтан сақтану үшін асқазанға мұрын жолы арқылы арнайы түтікше зонд енгізеді.

5. Перитонит кезінде бала құсықтан ішектердің ішінде нәжіс және сары су-запран жиналып дене көп мөлшерде суды жоғалтады да қанның жүрісі нашарлап, қолдануына, тез ұюына әкеліп соғады, сондықтан қанға көп мөлшерде Рингер ертіндісін, глюкоза, реополиглюкин, гемодез, полиглюкин құю керек.

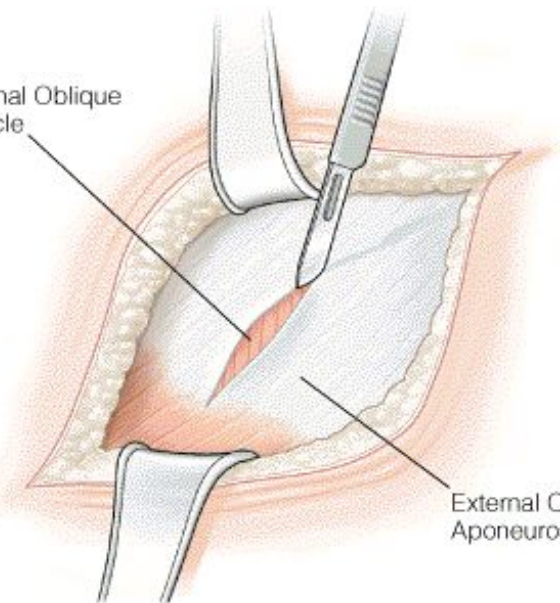
6. Операцияға дайындық ретінде микробтарға әсер ететін антибиотиктерді қан арқылы жіберген дұрыс. Дозасы өте жоғары болуға тиіс. Баланың жүрек қызметін 2-4 сағат аралығында қалыпты жағдайға келтіріп операция жасалынса операция сәтті өтуіне бірде бір сенім жоғары. Ішті жақсылап тазалап, іріңді жуу, асқынған өсіндіні алып тасталынғаннан кейін еш жерде ірің қалмауы керек. Соңынан ішке дренажды түтікшелер ОКА құралы арқылы жүргізілгені дұрыс.



www.vesalius.com

a

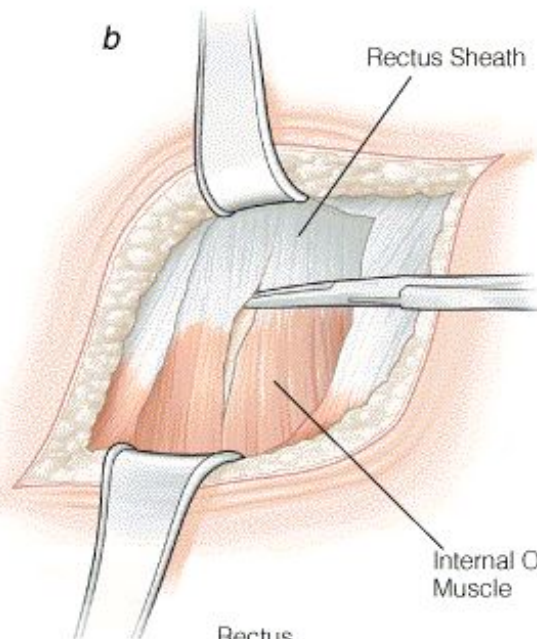
Internal Oblique Muscle



External Oblique Aponeurosis

b

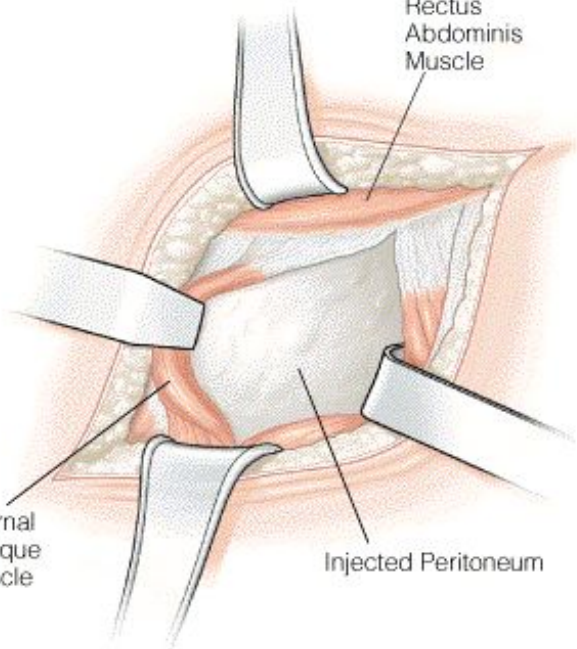
Rectus Sheath



Internal Oblique Muscle

c

Rectus Abdominis Muscle



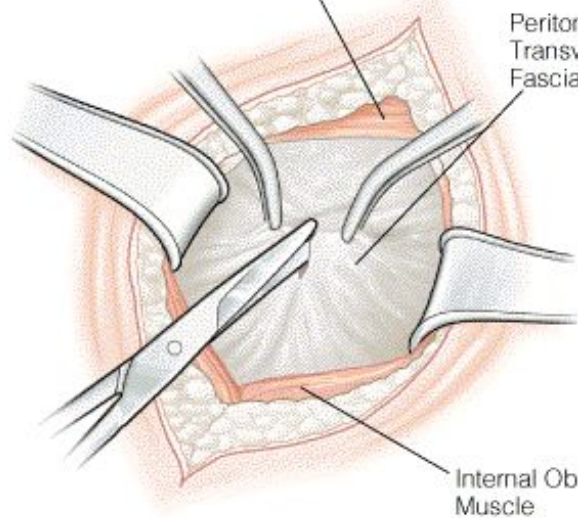
Internal Oblique Muscle

Injected Peritoneum

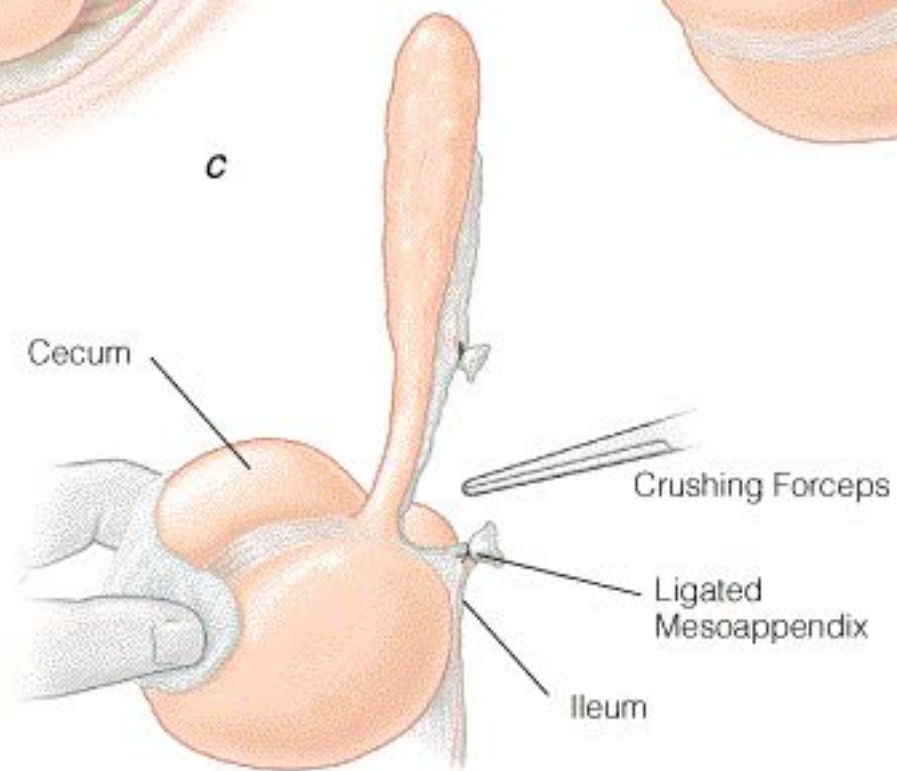
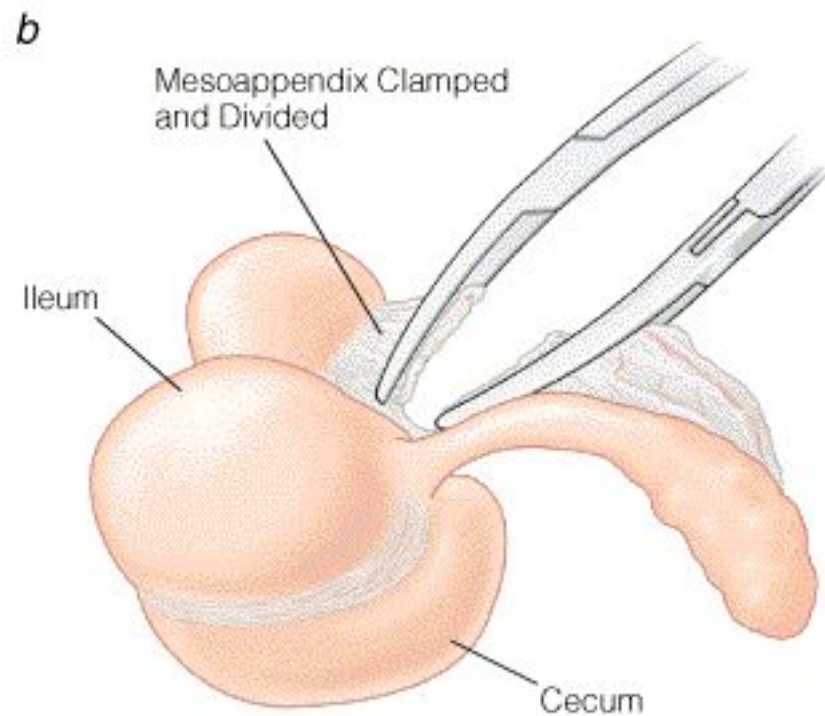
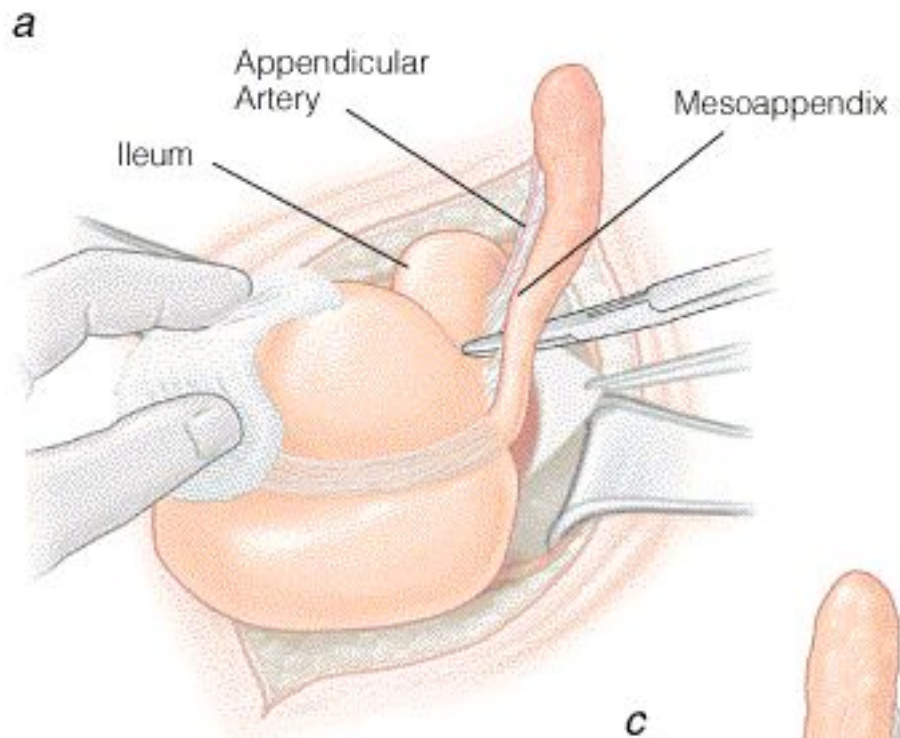
d

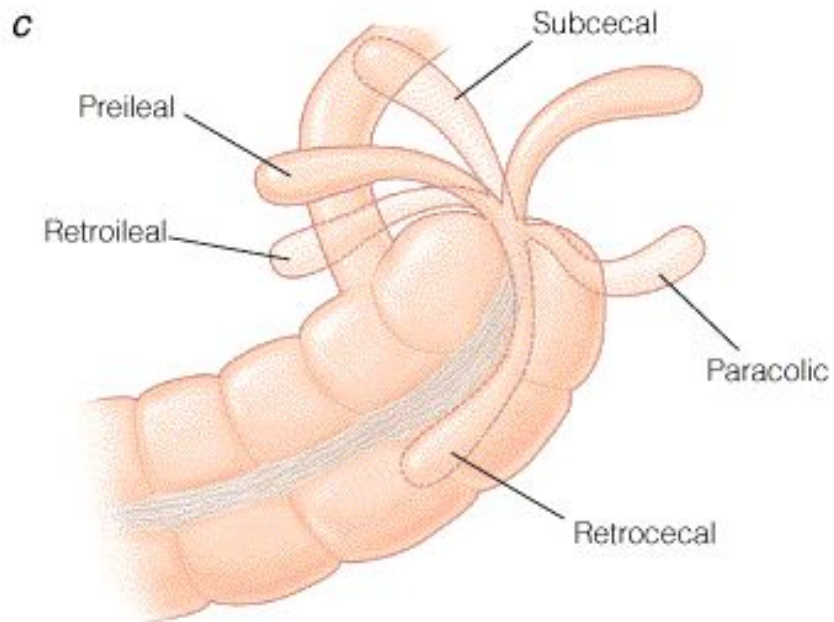
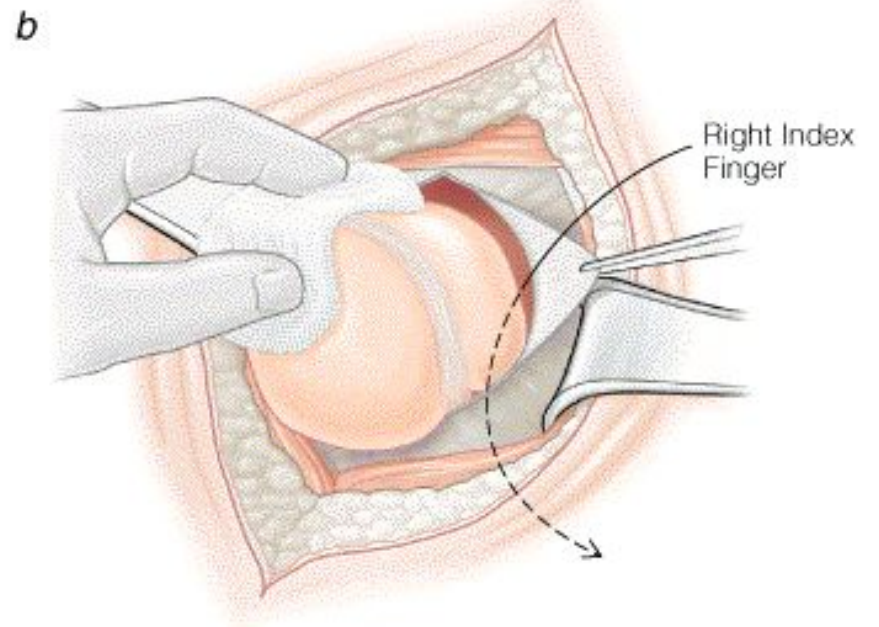
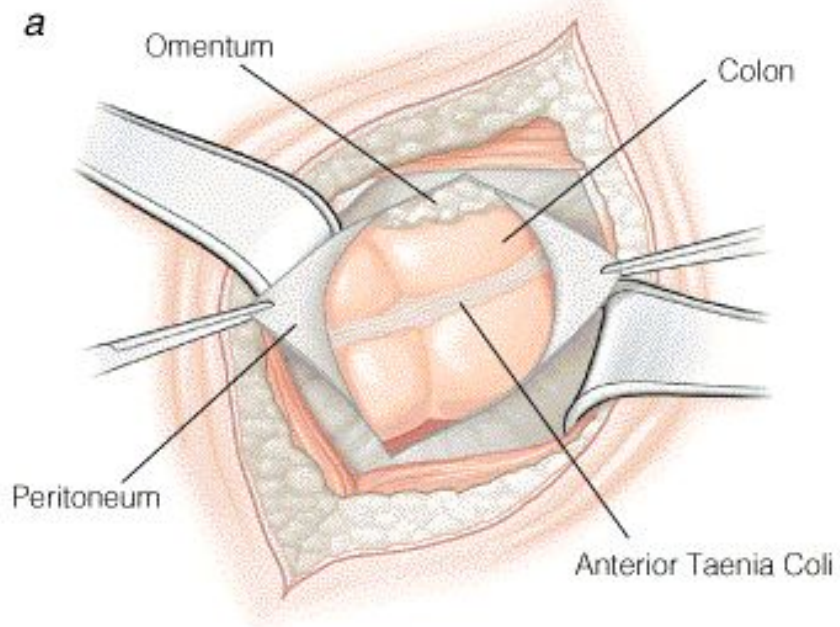
Rectus Abdominis Muscle

Peritoneum and Transversalis Fascia



Internal Oblique Muscle

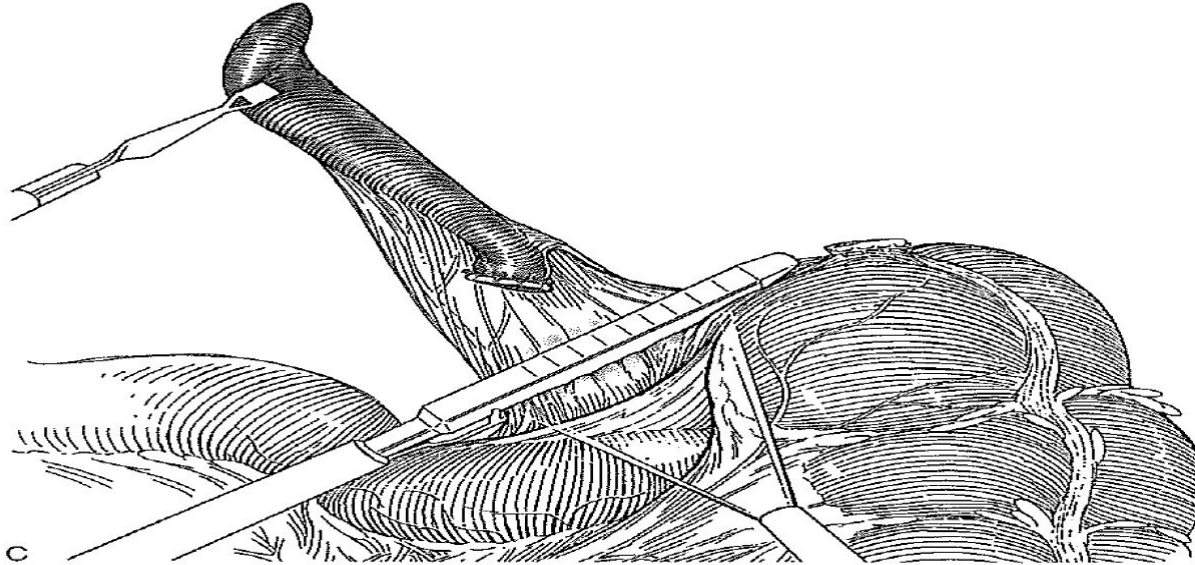




Mesoappendix

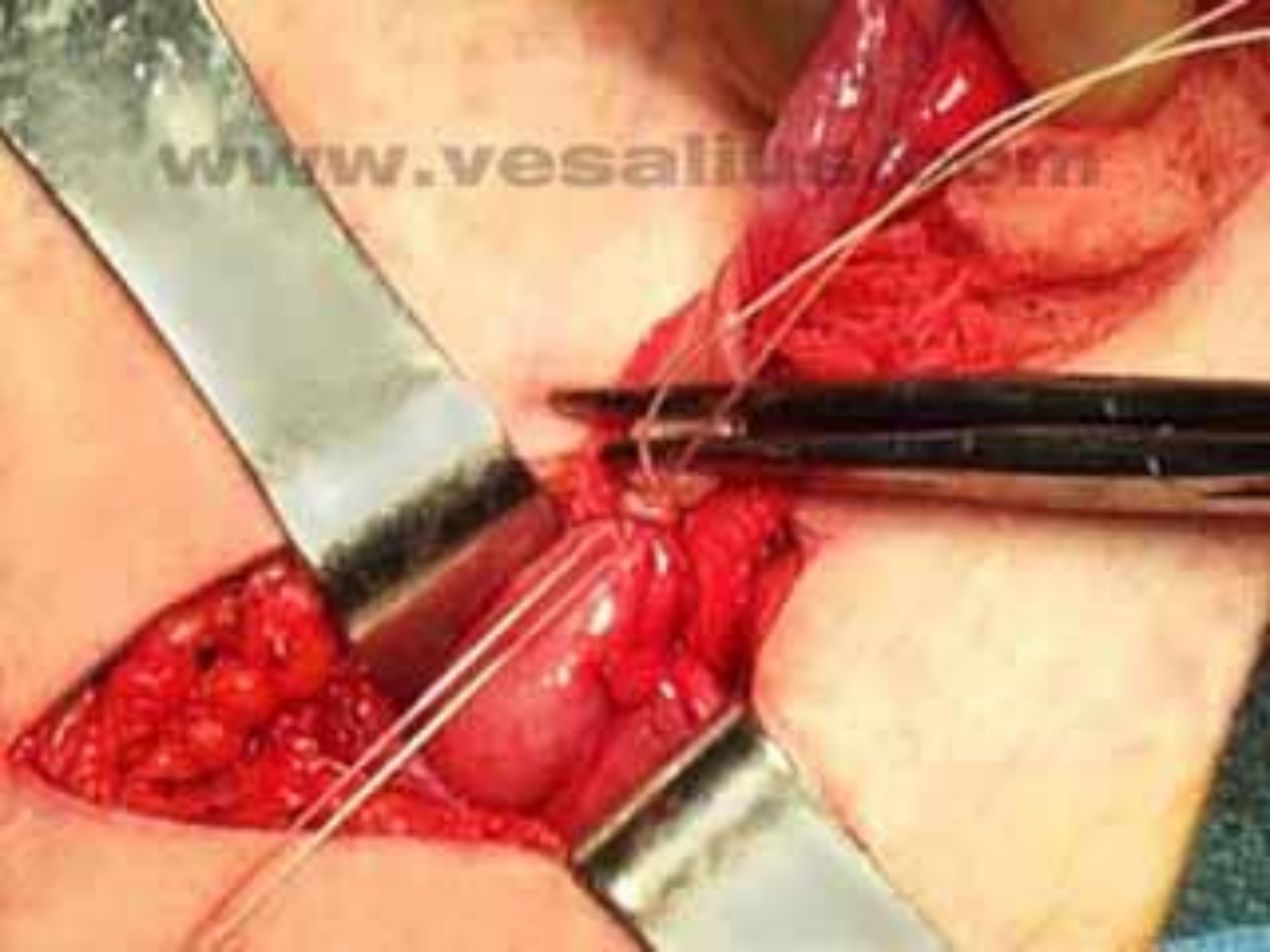
A

B

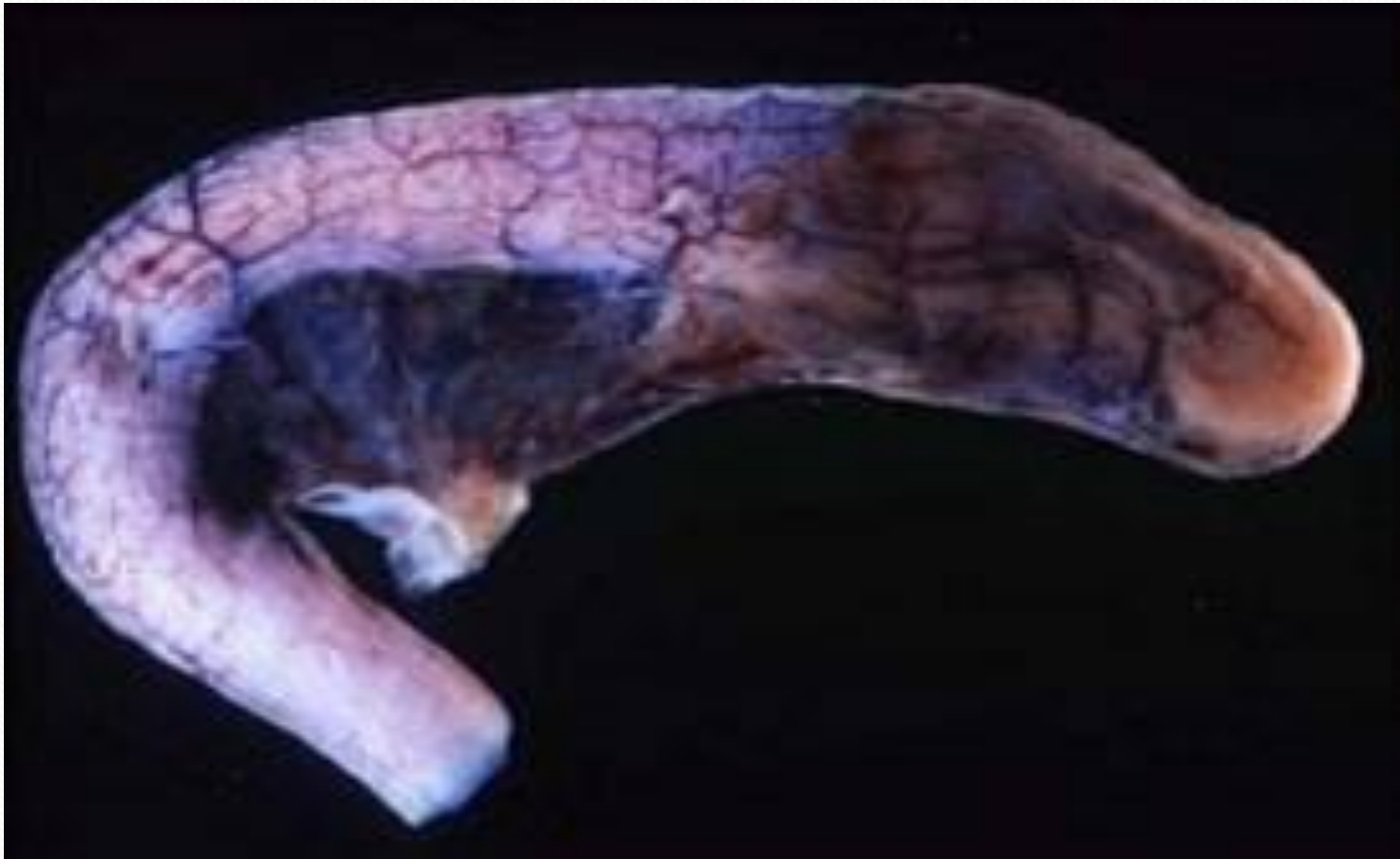


Şekil 29-8. Apendiksin laparoskopik rezeksiyonu. Bazen apandiks ve mezoapandiks fazla oranda inflame ise mezoapandiksi kesmeden önce apandiksi tabanından ayırmak daha kolaydır. A.Mezoapandiks içerisinde apandiks tabanına yakın bir pencere açılır. B.Lineer stapler kullanarak apandiks kökünden ayrılır.C.Son olarak, lineer stapler kullanarak mezoapandiks kolaylıkla kesilebilir.[Ortega JM, Ricardo AE:Surgery of the apandix and colon, in Moody FG (ed): Atlas of Ambulatuvar Surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1999.]

www.vesalius.com







Аппендицит операциясы



Назарларыңызға аппендэктомия жайлы видео

